

# Noticiario Médico

## Preparación de las heridas en granulación para el injerto

**M**ILLS y sus colaboradores manifiestan que muchos quemados vistos en su servicio han sobrevivido a la fase aguda y les han sido enviados causa de pérdida de piel en todo su espesor, de extensión variable. La mayoría de las quemaduras están muy infectadas y cubiertas de granulaciones exuberantes.

Al bosquejar el método mediante el cual estas grandes heridas infectadas se transforman en heridas limpias, exponen que el vendaje generalmente maloliente se quita empleando una técnica aséptica; se toman una fotografía y un cultivo de la herida; y se ordena un recuento hemático completo, análisis de orina, Kahn en sangre, determinación de proteínas, albúminas y globulinas del plasma y del grupo sanguíneo. Todas las costras y tejidos necróticos se extirpan, la piel de alrededor se lava y afeita, y se aplica una sola capa, sin imbricación, de gasa estéril de malla 40 (+ 44). Esto va seguido de vendas húmedas con solución salina. La evaporación y la contaminación se reducen al mínimo, envolviendo la región en celofán estéril. La enfermera cambia luego cada cuatro horas, empleando una técnica estéril, los vendajes salinos, hasta llegar a la gasa de malla fina. Esta gasa suele dejarse intacta durante una semana.

Durante este intervalo suele normalizarse la temperatura del paciente, su apetito mejora, y el cuadro hemático se hace casi normal mediante transfusiones de sangre. Al tercer día de hospitalización se dispone ya del informe sobre el cultivo, y si éste revela cocos patógenos y grampositivos, puede añadirse penicilina en cantidad de 5.000 a 15.000 unidades a cada 10 c.c. de solución salina utilizada. Si se han encontrado bacilos patógenos gramnegativos, puede utilizarse ventajosamente Solución Furacina.

Al séptimo día de estancia en el hospital, el paciente es llevado al quirófano, donde, bajo anestesia general, se quita la gasa, se toma un cultivo, se cortan hasta una base firme todas las granulaciones exuberantes y se vuelve a aplicar una gasa estéril de malla fina en una sola capa y se reanuda la colocación hasta cuatro horas de vendajes húmedos salinos. Al décimo día de estancia en el hospital, el lecho en granulación está generalmente de aspecto limpio y listo para el injerto cutáneo.

Los autores subrayan las ventajas del tratamiento con gasa de malla fina, señalando que permite el drenaje de exudados a su través hasta los apósitos húmedos colocados encima, los cuales pueden cambiarse frecuentemente y de un modo relativamente indoloro. El quitar las granulaciones antes del día del injerto cutáneo hace que se tenga una herida más limpia, un lecho más receptivo y reduce al mínimo la hemorragia debajo del injerto. El cambiar la gasa dos o tres días antes del injerto, igualmente reduce al mínimo la trasudación por la herida cuando se quita la gasa el día que se colocan los injertos. Después del injerto cutáneo, la gasa de malla fina permite el desarrollo de epitelio sin perturbación.

### **Asociación entre aclorhidria gástrica y degeneración subaguda de la médula espinal**

**S**PIES y sus colaboradores, al informar sobre un estudio de dos años acerca del efecto del ácido fólico sintético en personas con anemia macrocitaria, confirman y extienden las observaciones previas de que el ácido fólico es eficaz en las anemias macrocitarias, esprue tropical y en la anemia macrocitaria de la pelagra y el embarazo. El estudio muestra, sin embargo, que el ácido fólico no previene los trastornos neurológicos.

De los 38 casos de este estudio, observados durante un período de dos años, en 28 se desarrolló degeneración combinada subaguda, independientemente de la cantidad de ácido fólico administrada. Los trastornos se aliviaron rápidamente después de la administración masiva de extracto hepático. En contraste con los enfermos de anemia perniciosa, los pacientes de esta serie con anemia macrocitaria del embarazo no tenían aclorhidria refractaria a la histamina ni antes ni durante el tratamiento con ácido fólico, y en ningún caso se desarrollaron indicios de degeneración combinada subaguda.

SPIES sostiene el concepto de que las deficiencias vitamínicas en el hombre tienden a ser de naturaleza múltiple. La administración de una vitamina determinada corrige el déficit de la misma y a menudo contribuye a mejorar en general la salud y el bienestar del paciente, pero no puede corregir un déficit de todos los elementos dietéticos esenciales. En otra serie de tres pacientes con aclorhidria, anemia perniciosa y degeneración combinada subaguda de la médula espinal, todos manifestaron alivio de los síntomas después de la inyección parenteral de 15 microgramos de vitamina B<sub>12</sub>. La mejoría subjetiva en los tres casos se consideró notable, y en el caso más aguda hubo una considerable mejoría de los signos físicos.

### **Un informe preliminar sobre la hidrocefalia, espina bífida y otras anomalías congénitas producidas en la rata por el azul tripano**

**L**os recientes experimentos comunicados por GILLMAN, GILBERT y SPENCE arrojarían nueva luz sobre los múltiples factores fisiológicos desconocidos, que influyen en el problema de las anomalías congénitas. Creyendo que muchos de los efectos tardíos de la desnutrición crónica estaban causalmente relacionados con un trastorno metabólico provocado por la entrada en la circulación de partículas anormales y por modificaciones cualitativas de las proteínas del plasma, estos investigadores trataron ratas hembras con azul tripano. Fué utilizado este colorante por su propiedad de combinación con las albúminas del plasma.

Un grupo, escogido al azar, de 100 ratas hembras y 25 ratas machos, alimentadas con una dieta normal, recibieron inyecciones repetidas de 1 c. c. de azul tripano con intervalos de catorce días. De las 100 hembras, 14 permanecieron estériles. De un total de 697 crías nacidas en 118 camadas, el 19,2 por ciento presentaban groseras malformaciones macroscópicas perceptibles en el momento del nacimiento. Las malformaciones consistían, en número decreciente, en hidrocefalia, espina bífida, defectos del ojo, del oído, meningocele, craneosquisis, hernia umbilical, labio leporino y paladar hendido, talipes, dislocación de la cadera, hombro, rodilla, ausencia de un miembro, defectos craneales y ano imperforado. La descendencia afectada tenía una proporción de defectos de 1,4 anomalías por rata.

El momento de la inyección de colorante resultó sumamente significativo. En el grupo de ratas hembras que recibieron inyecciones antes de la concepción, así como una inyección adicional durante la preñez, la frecuencia de crías anormales fué de 25 por ciento. Las ratas madres que fueron inyectadas siete días antes y siete días después de la concepción, tuvieron un 80 por ciento de crías anormales. Las ratas que recibieron sólo una inyección el día antes de la concepción, mostraron un 25 por ciento de crías anormales. Las ratas inyectadas una vez, 16 días antes de la concepción, tuvieron crías que presentaron ictericia dentro de los primeros tres días de la vida. Entre todas las crías se observó elevada mortalidad neonatal, reducción en el número de crías de cada camada, escaso peso al nacer y retraso general del desarrollo postnatal.

Los autores creen que la hipótesis original que les llevó a utilizar azul tripano para producir malformaciones congénitas resultó correcta. El efecto metabólico resultó eficaz cuando las ratas recibían una dieta equilibrada. El azul tripano estaba unido a la albúmina del plasma, y el empleo del colorante podía adaptarse para elevar la proporción de crías malformadas hasta el 80 por ciento. Los autores citan lo que consideran un paralelismo evidente en el desarrollo de defectos congénitos en las crías de ratas tratadas con azul tripano y de defectos en niños después de la rubéola materna.

Se sugiere que el supuesto modo de acción del virus de la rubéola sobre el feto humano debe volver a ser examinado, ya que el paso de virus a través de la barrera placentaria es discutible, y los autores han demostrado que el azul tripano en las ratas madres no penetra en el feto, el epitelio amniótico o el líquido amniótico. Todos los tejidos embrionarios, aparte de la vesícula umbilical, estaban libres de partículas de azul tripano.

#### **Patogenia de la brucelosis humana con respecto a su prevención y tratamiento**

DE un estudio e informe completos sobre la patogenia de la brucelosis humana, WESLEY W. SPINK llega a la conclusión de que la brucelosis constituye un problema importante en la sanidad de algunas partes de los Estados Unidos, con indicios de que la frecuencia de la enfermedad va en aumento. Reservorios de la enfermedad son especialmente el ganado vacuno, los cerdos y las cabras, transmitiéndose la enfermedad directa o indirectamente de los animales al hombre, y raramente, si es que sucede alguna vez, de hombre a hombre. Se produce parasitismo intracelular con la invasión de los tejidos por la *brucella*, originándose la característica proliferación de células epitelioides y células gigantes. Las complicaciones comprenden lesiones óseas destructivas, endocarditis bacteriana subaguda, encefalitis y lesiones supurativas. La hipersensibilidad de los tejidos a antígenos de *brucella* es un rasgo constante de la brucelosis.

El tratamiento más satisfactorio hasta ahora para los casos tanto agudos como crónicos de brucelosis, es una combinación de estreptomycin y sulfodiazina. De un estudio de 17 pacientes con un período consecutivo máximo de un año, el autor llega a la conclusión de que el curso clínico de la brucelosis, tanto crónica como aguda, se acorta mediante esta terapéutica combinada. El tratamiento combinado es eficaz contra las complicaciones de la brucelosis, tales como endocarditis bacteriana subaguda y espondilitis. La dosificación recomendada es de 0,5 g. de estreptomycin por vía intramuscular cada seis

horas durante dos semanas y de tres a cuatro gramos de sulfodiazina administrados por vía oral al comienzo de la estreptomycinoterapia y luego 1 gramo cada cuatro horas, por un total de dos semanas. Hasta ahora no se han encontrado en pacientes cepas de *brucella* resistentes a la estreptomycinina como resultado de esta terapéutica combinada.

El autor considera que la eliminación definitiva de la brucelosis humana depende de la extirpación de la enfermedad en los animales domésticos. Están indicadas otras medidas preventivas, tales como la pasteurización obligatoria de toda leche destinada al consumo humano y la pasteurización de toda la leche utilizada para la producción de mantequilla y queso.

### Estudios sobre la vagotomía en el tratamiento de la úlcera péptica

**S**TEIN y MEYER creen que las primeras intervenciones sobre el nervio vago producen sólo una resección parcial. La introducción por DRAGSTEDT de la vagotomía completa como tratamiento de la úlcera péptica en 1943 ha despertado nuevo interés por la cuestión.

En junio de 1946 se inició en uno de los servicios quirúrgicos del Cook County Hospital un estudio de la vagotomía en el tratamiento de la úlcera péptica. Durante el año siguiente se practicó la sección del vago en 35 casos de úlcera péptica en los que estaba indicada la intervención.

Se hicieron estudios fisiológicos del estómago antes y después de la vagotomía en 30 pacientes. Se hicieron todas las determinaciones siguientes en un número importante de pacientes antes y después de la intervención: 1. Secreción nocturna durante 12 horas; 2. Secreción basal; 3. El efecto de la histamina sobre la secreción gástrica; 4. El efecto de la cafeína sobre la secreción gástrica; 5. El efecto de la atropina sobre la secreción basal; 6. La motilidad espontánea del estómago y el efecto de la insulina sobre la secreción y la motilidad; 7. El umbral doloroso para la estimulación eléctrica, y 8. La producción de dolor por la introducción de ácido en el estómago.

Al discutir los resultados de estos estudios fisiológicos, los autores afirman que la actividad secretora del estómago puede dividirse en período de secreción interdigestiva o continua y período de secreción digestiva. Este último consta de tres fases: la cefálica, la gástrica y la intestinal.

La fase cefálica de la secreción gástrica se realiza enteramente por mediación de los vagos. La fase gástrica de la secreción puede ser provocada por estimulación mecánica y secretagogos, y ha sido considerada como independiente del vago. En vista de la marcada disminución en la respuesta secretora a la histamina y la cafeína después de la vagotomía completa, es evidente que la fase gástrica de la secreción es influida hasta cierto punto por el vago.

El hecho de que la vagotomía completa vaya seguida de inmediato alivio de los síntomas de úlcera y aparente curación de la misma, no demuestra que una excesiva actividad vagal sea la causa de la úlcera péptica. Ambos períodos y todas las fases de la secreción gástrica dependen parcial o completamente de la función del vago. La vagotomía completa interrumpe un mecanismo necesario para la cronicidad de la ulceración péptica, aunque este mecanismo puede no estar alterado de modo primario.

Ocho pacientes fueron examinados de tres a nueve meses después de la vagotomía. En siete de ellos no había indicios de un retorno de la función

gástrica al nivel preoperatorio. Un paciente mostró un retorno de la función vagal, demostrado por la prueba de la insulina, después de nueve meses.

La determinación de la secreción basal es un método excelente para el estudio del período interdigestivo de secreción gástrica. Es más fácil determinar la secreción basal que la secreción nocturna, y los resultados son igualmente exactos. Además, la secreción basal sirve como control para el estudio de la acción de los estimulantes o depresores sobre la secreción gástrica.

Sobre la base de sus estudios fisiológicos, los autores llegan a la conclusión de que después de la vagotomía completa hay una marcada reducción de la secreción nocturna y de la secreción basal. La respuesta secretora del estómago a la cafeína y la histamina está muy reducida.

La hipoglucemia insulínica produce un aumento de la secreción y generalmente de la motilidad gástricas. Esta acción es abolida por la vagotomía completa. No hay contracciones espontáneas de hambre en el fondo del estómago hasta nueve meses después de la vagotomía completa.

Los vagos son los únicos mediadores de la fase cefálica de la secreción gástrica. Representan el factor más importante relacionado con el período interdigestivo y un factor que contribuye a la fase gástrica de la secreción. La sección completa del vago interrumpe de alguna manera un mecanismo necesario para la cronicidad de la ulceración péptica.

#### Prevención internacional de la tuberculosis

**B**ajo el patronato del International Childrens Emergency Fund de los Estados Unidos y de la Cruz Roja de Dinamarca, Noruega y Suecia, se ha establecido un programa para la lucha contra la tuberculosis sobre una base internacional. El programa, que se llevará a cabo en países europeos devastados por la guerra, prevé el examen de 50.000.000 de niños y adolescentes de menos de 18 años de edad. Se calcula que 15.000.000 de estos niños necesitarán y recibirán la vacuna BCG. El grueso de los fondos necesarios (4.000.000 de dólares) será aportado por la UNICEF, y se espera recibir sumas adicionales de otras organizaciones colaboradoras.

La Organización Sanitaria Mundial proporcionará consejo y asistencia técnica. Se firmarán acuerdos de «empresa conjunta» entre los patrocinadores y el ministerio de Sanidad de cada uno de los países participantes. En cada país, para el trabajo práctico, se formarán equipos médicos compuestos de nacionales y personal médico facilitado por los organismos patrocinadores. El Instituto Serológico Nacional danés proporcionará tuberculina y vacuna fresca hasta que cada país esté en condiciones de facilitar las que necesite. Se realizarán pruebas de tuberculina en todos los niños, y se aplicará la BCG en los que esté indicada. Probablemente, la BCG tiene valor protector durante varios años.

La dirección técnica del programa está siendo confiada a personal danés, noruego y sueco porque estos países han perfeccionado mucho la técnica de la vacunación en masa con BCG durante los últimos 20 años (la mortalidad por tuberculosis en Dinamarca en 1947 fué de 30 por cada 100.000 habitantes). Las cifras de mortalidad en algunos de los países que han de ser incluidos en el programa son por lo menos diez veces mayores que las danesas. Se han firmado ya acuerdos de empresa conjunta en cinco países: Finlandia, Hungría, Checoslovaquia, Polonia y Yugoslavia. Sólo en la Europa Central, el 1 de julio de 1948 habían sido examinadas más de 2.000.000 de personas, y vacunadas más de 600.000. China, Grecia e Italia, así como otras naciones de Asia y Europa Occidental, están siendo consideradas para la extensión del programa.

Los patrocinadores de esta campaña, comprendiendo que la vacunación por sí sola no es suficiente, consideran que otras medidas necesarias para el éxito son la ampliación de los servicios sanitarios para el descubrimiento de nuevos casos de tuberculosis, el aumento del número de camas para fines de aislamiento y la preparación de más personal. El programa es verdaderamente internacional en el sentido de que ni las fronteras nacionales ni la discriminación política, racial o religiosa dificultarán la extensión del programa a las zonas asoladas por la guerra, donde la necesidad es mayor.

NUEVA APORTACIÓN  
DEL

*Laboratorio*  
**P.E.V.Y.A.**

ACIDO UNDECILÉNICO  
El fungicida de acción biológica

**Undecenil**

**pomada**

INDICACIONES: Dermofitosis de pies, manos y generalizadas, Pitiriasis versicolor, Herpes, circinado, Intertigo, etc., etc.